

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____
Tél. Professionnel : _____
Tél portable : _____
N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____
Employeur : _____ Profession : _____
Ressortissant régime
() CAF N° CAF : _____
() MSA N° MSA : _____
() Autre
Sous tutelle financière : _____ Organisme de tutelle : _____

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____
Tél. Professionnel : _____
Tél portable : _____
N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____
Tél. Professionnel : _____
Tél portable : _____
N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

Repas spécifique pour raison médicale ou religieuse : () oui () non
Précisez : _____

Autorisation intervention médicale () oui () non
Certificat médical présent avec ce document () oui () non
Médecin traitant : _____

Demande de PAI (repas spécifiques en cas d'allergies, en situation de handicap...)
() oui () non

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives...etc

Je soussigné.e _____ titulaire de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à _____ Signature,
Le _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioyéélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

